様式１

島根県医療連携推進アドバイザー　派遣依頼書

１　依頼者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施主体 | ◯◯市医師会 | コーディネーター所属・職・氏名 | ◯◯病院　◯◯課主任　◯◯◯◯ |
| 担当者 | 同上 | ＴＥＬ | 0852-22-5796 |
| ＭＡＩＬ | shimane@pref.shimane.lg.jp |

２　希望する内容（「〇」で囲んでください。）

（１）相談・助言

（２）取組への参加

（３）その他

３　派遣を希望する時期

|  |  |
| --- | --- |
| 第１希望 | 令和４年◯月◯日（水）午後、◯時間程度 |
| 第２希望 | 令和４年◯月◯日（水）午後、◯時間程度 |
| 第３希望 | 令和４年◯月◯日（金）午後、◯時間程度 |

３　課題の概要

　　※現在抱えている課題及び依頼の概要を記載してください

|  |
| --- |
| 課題：依頼の概要：（アドバイザーから助言してほしいこと等） |